

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Centrum Usług Społecznych w Solcu Kujawskim”**

| | | | |
|--|--|----------------------|--|
| Nazwa Programu | Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027 | | |
| Nazwa i numer Priorytetu i Działania | Priorytet 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego Działanie 8.24 Usługi społeczne i zdrowotne | | |
| Źródło Finansowania | 85% Fundusze Europejskie 10% Środki Państwa 5% Gmina Solec Kujawski | | |
| Nazwa Beneficjenta | Gmina Solec Kujawski | | |
| Numer wniosku o dofinansowanie | FEKP.08.24-IZ.00-0013/23 | | |
| Numer Formularza Rekrutacyjnego¹ | | | |
| Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego² | | | |
| Podpis osoby przyjmującej Formularz³ | | | |
| CZĘŚĆ I DANE PERSONALNE | | | |
| Imię / Imiona: | | | |
| Nazwisko: | | Płeć: | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| Data urodzenia: | | Wiek: | |
| PESEL: | | | |
| Adres zamieszkania⁴: | | | |
| Ulica: | | | |
| Numer domu: | | Numer lokalu: | |

¹ Wypełnia Beneficjent.² Wypełnia Beneficjent.³ Wypełnia Beneficjent.⁴ Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. W przypadku osób bezdomnych – miejsce przebywania na terenie województwa kujawsko – pomorskiego.



| | | | |
|--|---------------|--------|--|
| Kod pocztowy: | | Gmina: | |
| Miejscowość: | | | |
| Powiat: | | | |
| Województwo: | | | |
| Kraj: | | | |
| Obywatelstwo: | | | |
| Telefon kontaktowy: | | | |
| Adres e-mail: | | | |
| Adres do korespondencji ⁵ : | Ulica: | | |
| | Numer domu: | | |
| | Numer lokalu: | | |
| | Kod pocztowy: | | |
| | Miejscowość: | | |
| | Gmina: | | |
| | Powiat: | | |
| | Województwo: | | |

| CZĘŚĆ II STATUS UCZESTNIKA | | |
|---|--|--|
| Status Kandydata w chwili przystąpienia do Projektu⁶: | Osoba obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | Osoba państwa trzeciego | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | Osoba należąca do mniejszości narodowej (w tym społeczności marginalizowane) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |
| | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |

⁵ Proszę podać jeżeli jest inny niż adres zamieszkania.⁶ Proszę zaznaczyć właściwe.



| | | |
|---|---|--|
| | Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |
| | Osoba z zaburzeniami psychicznymi | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |
| | Osoba z niepełnosprawnością intelektualną | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |
| | Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwoju (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji |
| | Osoba korzystająca z programu FEPŻ | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | Osoba zamieszkująca samotnie | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | Dziecko wychowujące się poza rodziną biologiczną | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | Osoba w wieku poprodukcyjnym ⁷ | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Wykształcenie kandydata⁸ | Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) | |
| | Ponadgimnazjalne lub policealne (ISCED 3-4) – kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej | |
| | Wyższe (ISCED 5-8) – licealne, magisterskie, doktoranckie | |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do Projektu⁹ | Osoba pracująca (jeśli tak proszę podać miejsce pracy) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | Osoba bierna zawodowo, w tym: | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | Inne, jakie:..... | |
| | Osoba bezrobotna, w tym: | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | Długotrwale bezrobotna | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | Inne, jakie: | |

⁷ Kobieta w wieku 60 lat i więcej, mężczyzna w wieku 65 lat i więcej⁸ Proszę zaznaczyć właściwe.⁹ Proszę zaznaczyć właściwe.



| CZĘŚĆ III RODZAJ WSPARCIA | | |
|--------------------------------------|---|--|
| Proszę zaznaczyć właściwe: | Wsparcie w postaci profilaktycznej lub diagnostycznej opieki pielęgniarstwa i wsparcie psychologa w miejscu zamieszkania | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | Wsparcie opiekunów faktycznych poprzez poradnictwo indywidualne: pielęgniarki, opiekunki środowiskowej, prawnika, psychologa i dietetyka | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | Wsparcie w mieszkaniu treningowym | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | Usługi Interwencji Kryzysowej | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | Usługa door-to-door | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

.....
data i podpis Uczestnika

Załączniki¹⁰:

- Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby niesamodzielnej bądź inny dokument poświadczający stan zdrowia;
- Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej, w tym z FEKP;
- Zaświadczenie od lekarza o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

¹⁰ Proszę zaznaczyć właściwie.



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

*Załącznik nr 2 do Regulaminu Projektu
i Rekrutacji „Centrum Usług
Społecznych w Solcu Kujawskim”*

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki.

.....

data i czytelny podpis



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE:

Deklaruję uczestnictwo w projekcie „Centrum Usług Społecznych w Solcu Kujawskim”, realizowanym przez Gminę Solec Kujawski / Centrum Usług Społecznych w Solcu Kujawskim w ramach Priorytetu 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 8.24 Usługi społeczne i zdrowotne w interesie ogólnym Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie.

Uczestnik/uczestniczka Projektu został/została uprzedzony/uprzedzona o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą w złożonych dokumentach, na podstawie których zgłasza swój udział w Projekcie.

.....

data i czytelny podpis



*Załącznik nr 4 do Regulaminu Projektu
i Rekrutacji „Centrum Usług
Społecznych w Solcu Kujawskim”*

OŚWIADCZENIE:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji Projektu oraz oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z klauzulą informacyjną w zakresie ochrony danych osobowych.

.....

data i czytelny podpis



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

*Załącznik nr 5 do Regulaminu Projektu
i Rekrutacji „Centrum Usług
Społecznych w Solcu Kujawskim”*

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem usługi door-to-door i akceptuję jego warunki.

.....

data i czytelny podpis



*Załącznik nr 6 do Regulaminu Projektu
i Rekrutacji „Centrum Usług
Społecznych w Solcu Kujawskim”*

OŚWIADCZENIE:

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem mieszkania treningowego i akceptuję jego warunki.

.....

data i czytelny podpis



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

*Załącznik nr 7 do Regulaminu Projektu
i Rekrutacji „Centrum Usług
Społecznych w Solcu Kujawskim”*

OŚWIADCZENIE:

Wyrażam zgodę na umieszczenie mnie na liście rezerwowej do objęcia wsparciem w ramach Projektu

.....

data i czytelny podpis